



Documento Científico

Departamento Científico de Infectologia
(2019-2021)

Novo coronavírus (COVID-19)

Departamento Científico de Infectologia

Presidente: Marco Aurélio Palazzi Sáfadi (Relator)

Secretária: Cristina Rodrigues

Membros do Conselho Científico: Aroldo Prohmann de Carvalho, Analíria Moraes Pimentel, Eitan N. Berezin, Euzanete Coser, Maria Ângela Wanderley Rocha, Sílvia Regina Marques

Introdução

O ano de 2020 iniciou-se com a notícia do aparecimento de um novo coronavírus zoonótico, que cruzou espécies para infectar populações humanas. Esse vírus, chamado provisoriamente de 2019-nCoV, foi identificado pela primeira vez em Wuhan, na província de Hubei, China, em pessoas expostas em um mercado de frutos do mar e de animais vivos. A exemplo dos surtos causados por dois outros coronavírus respiratórios humanos que surgiram nas últimas duas décadas (SARS-CoV, MERS-CoV), o novo coronavírus COVID-19 causa doença respiratória potencialmente grave em alguns indivíduos^{1,2}. Após o relato pelas autoridades sanitárias da China de milhares de casos confirmados e centenas de mortes atribuídas ao novo coronavírus COVID-19, assim como detecção de casos em diversos países, acometendo principalmente adultos acima de 60 anos e portadores de co-morbidades, a

Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, o surto como sendo uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

O genoma viral foi rapidamente sequenciado, mostrando que ele é 75% a 80% idêntico ao SARS-CoV e ainda mais intimamente relacionado a coronavírus de morcegos³. O conhecimento detalhado das características antigênicas deste novo coronavírus é de crucial importância, pois viabiliza o desenvolvimento de testes diagnósticos que permitam a rápida identificação do vírus, assim como o desenvolvimento de ensaios sorológicos para mapear a prevalência da infecção em uma determinada comunidade, além de constituir etapa fundamental para o desenvolvimento de antivirais específicos e vacinas em um futuro próximo.

É preciso, entretanto, reconhecer que as informações disponíveis até este momento são preliminares e ainda há muito que aprender so-

bre o comportamento deste novo coronavírus, particularmente no que diz respeito à sua transmissibilidade, potencial virulência, e espectro de manifestações clínicas. Após a publicação de estudo⁵ descrevendo a ocorrência de transmissão do novo coronavírus COVID-19 por indivíduos infectados assintomáticos, evidências recentes questionaram a qualidade dos achados do referido estudo, sugerindo que a transmissão só ocorra a partir de casos com sinais e sintomas de doença do trato respiratório e não em situações em que a infecção é assintomática⁶.

Baseado na experiência com SARS-CoV e MERS-CoV é provável que a transmissão do novo coronavírus COVID-19 ocorra em menor intensidade e competência por meio de aerossóis e fômites e mais por gotículas, antecipando desta forma a importância da implementação de medidas de saúde pública, incluindo quarentena na comunidade, diagnóstico oportuno e criteriosa adesão às precauções universais nos ambientes de saúde, para mitigar a transmissão do COVID-19².

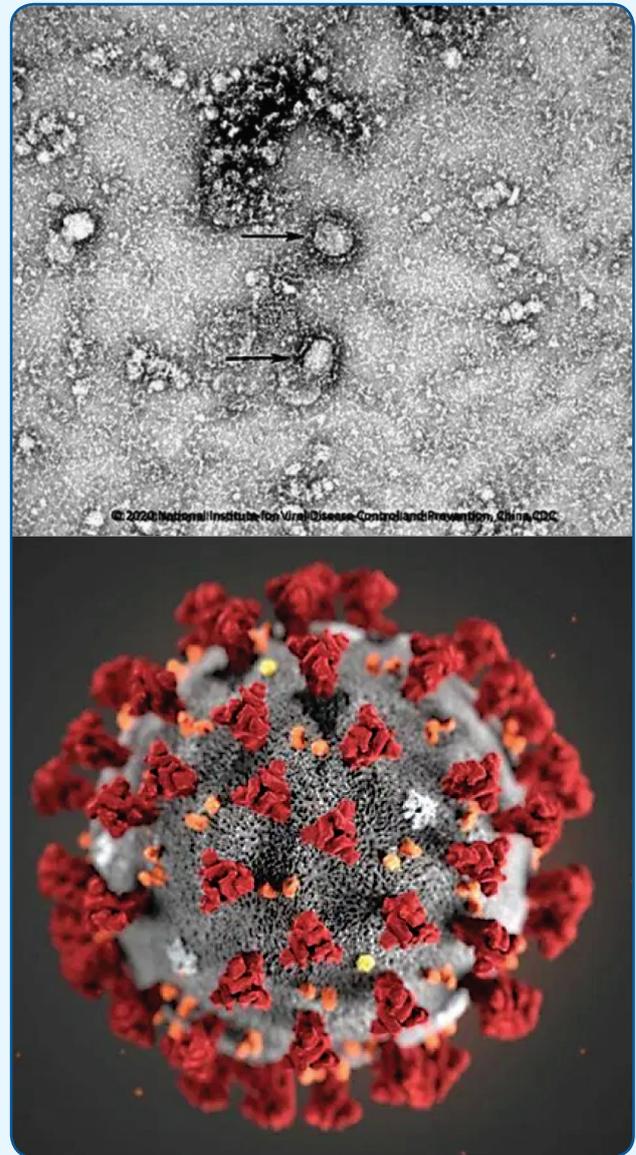
Em função da relevância desta situação epidemiológica e do risco potencial de introdução deste novo coronavírus COVID-19 em nosso país, a Sociedade Brasileira de Pediatria, por meio de seu Departamento de Infectologia, escreveu este documento com o objetivo de compartilhar com a comunidade de pediatras brasileiros as informações mais atuais já disponíveis na literatura médica e oferecer uma visão crítica destes dados preliminares.

Etiologia

Coronavírus são vírus RNA com ampla distribuição entre humanos, outros mamíferos e aves. Na microscopia eletrônica, estes vírus são vistos como círculos, com espículas que terminam em pequenas gotas que se exteriorizam de sua superfície, parecendo uma coroa (a palavra "corona" em latim tem o significado de coroa) (figura 1). Os *Coronavirus* pertencem à subfamília *Coronavirinae* da família dos *Coronaviridae*, ordem *Nidovirales*. Esta subfamília inclui quatro

gêneros: *Alfacoronavirus*, *Betacoronavirus*, *Gamacoronavirus* e *Deltacoronavirus*⁷.

Figura 1. Imagem do novo coronavírus COVID-19 em microscopia (fornecido pelo CDC da China).



Até o ano de 2019, seis diferentes espécies de coronavírus eram conhecidas como causa de doença em seres humanos, entre os quais quatro delas — 229E, NL63, OC43, e o HKU1 — de alta prevalência e tipicamente associados a quadros de resfriados e infecções leves do trato respiratório superior em pacientes imunocompetentes de todas as faixas etárias. As outras duas cepas, — *severe acute respiratory syndrome coronavirus* (SARS-CoV) e a *Middle East respiratory syndrome coronavirus* (MERS-CoV) — têm origem zoonótica e estão associadas a quadros graves e potencialmente fatais de insuficiência respiratória. O SARS-CoV foi responsável por surtos de síndrome res-

piratória aguda grave no ano de 2002 e de 2003 na China, com 8.096 casos em 29 países e 774 mortes (letalidade de 9,5%), enquanto o MERS-CoV foi o agente responsável por surtos de doença respiratória grave ocorridos no Oriente Médio no ano de 2012, com registro de 2.494 casos em 27 países e 858 mortes (letalidade de 34%)^{8,9}.

A alta prevalência dos coronavírus, com ampla distribuição no mundo, aliado à sua diversidade genética e frequentes oportunidades de recombinação genômica, em locais com intensa interação entre o homem e outros animais, é cenário que facilita o surgimento periódico de novas cepas de coronavírus.

O novo coronavírus 2019 (Em 12 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde nomeou temporariamente o novo vírus como *novo coronavírus 2019 - 2019-nCoV* e em 12 de fevereiro o nomeou definitivamente como COVID-19), o sétimo a ser descrito como causa de doença em seres humanos, foi identificado em pacientes com pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, China em Dezembro 2019-Janeiro 2020¹. Análises filogenéticas classificaram o novo coronavírus no gênero betacoronavirus, que incluem coronavírus humanos, de morcegos e de outros animais selvagens. Este novo coronavírus compartilha 79,5% de sua sequência genética com o SARS-CoV e tem 96,2% de homologia com um coronavírus de morcegos². Ainda é desconhecida qual foi a espécie animal intermediária entre os morcegos e os humanos. No caso do SARS foram os gatos *civet*, enquanto no caso do MERS foram os camelos⁸. Os primeiros casos descritos foram associados a um mercado de frutos de mar e de animais silvestres vivos na cidade de Wuhan, na província de Hubei, que tem uma população estimada de 59 milhões de habitantes.

manos de uma pessoa para outra ocorre principalmente por via aérea, por gotículas ao falar, tossir, espirrar, por contato próximo como ao tocar ou apertar as mãos ou ao tocar um objeto contaminado e em seguida levar a mão à boca, nariz, olhos. A transmissão oro-fecal foi raramente reportada.

Já a transmissão deste novo coronavírus COVID-19 parece ocorrer principalmente pelo contato com uma pessoa infectada, através de gotículas respiratórias geradas quando a pessoa tosse, espirra, ou por gotículas de saliva ou secreção nasal. Ainda não se determinou o tempo de sobrevivência deste novo coronavírus em ambientes e objetos e se existe transmissão por fômites⁹.

Uma maneira de estimar a capacidade de transmissibilidade de um vírus é pelo cálculo de seu número reprodutivo (R_0), o que representa uma medida de sua taxa de ataque, ou seja, traduz o número de infecções secundárias que ocorrem a partir de um indivíduo infectado em uma população susceptível. Estudos preliminares apontavam que este novo coronavírus COVID-19 estaria associado a taxas de R_0 de 1,5 a 3,5, sendo os dados mais recentes sugerindo um R_0 de 4,08, ou seja, para cada caso, em média, haveria quatro novos indivíduos infectados¹⁰. Para efeito de comparação o R_0 do vírus influenza A (H1N1) 2009 é de aproximadamente 1,3 e o do sarampo 12 - 18. Não há evidências científicas, até o momento, demonstrando de forma inequívoca que tenha havido transmissão intra-útero ou transmissão por leite materno deste novo vírus⁹.

O período de incubação estimado do novo coronavírus COVID-19 é de aproximadamente 5 dias (IC95% de 4,1-7,0 dias), apesar de termos descrições de casos com até 2 semanas desde a infecção até o início dos sintomas^{8,11-15}. Ainda não é totalmente claro quando se inicia o período de transmissibilidade, sendo que a maioria dos casos secundários ocorrem a partir de indivíduos sintomáticos. Relatos preliminares sugerindo a possibilidade de transmissão a partir de indivíduos assintomáticos foram recentemente questionados em relação à metodologia utilizada, não sendo claro neste momento se existe esta forma de transmissão associada ao novo coronavírus COVID-19^{4,5}.

Epidemiologia e transmissão

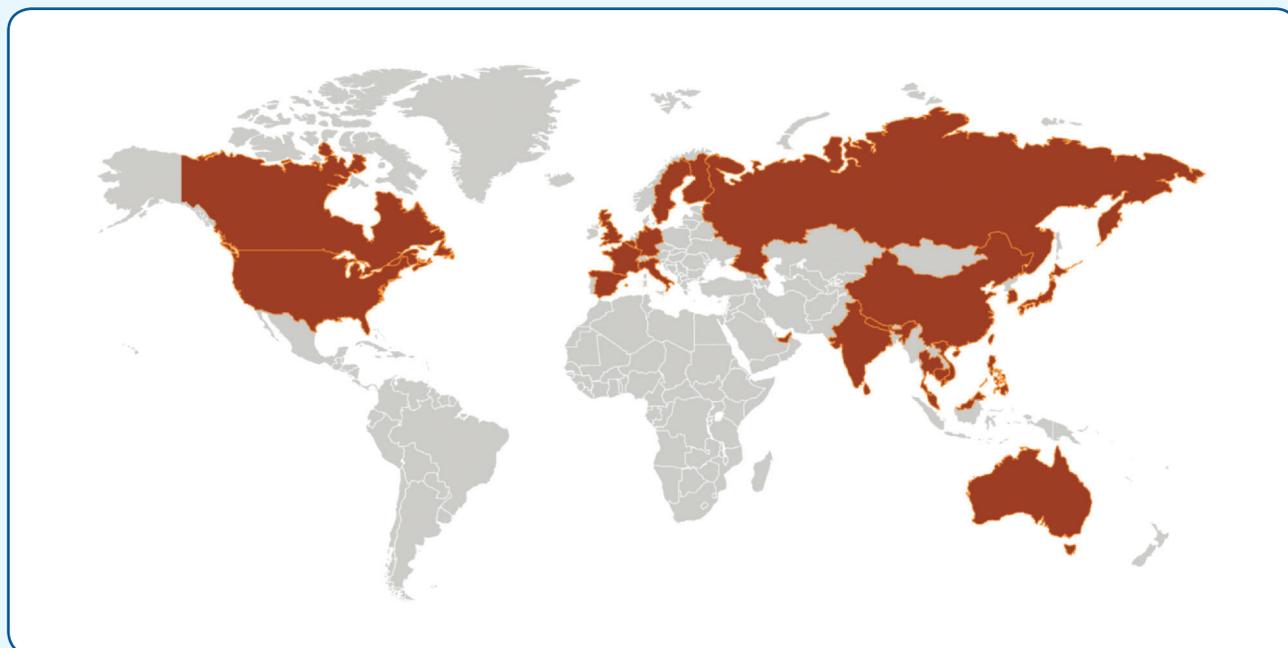
As evidências em relação ao padrão de transmissão deste novo coronavírus ainda não são claras. A transmissão dos outros coronavírus hu-

No caso do SARS-CoV, observou-se durante o seu surto que uma significativa proporção das transmissões deste vírus ocorreram em ambiente hospitalar. A mais plausível explicação biológica para este fenómeno é a presença predominante de receptores celulares (enzima humana conversora de angiotensina - ACE2) para a glicoproteína S do vírus SARS-CoV no trato respiratório inferior em comparação ao trato respiratório superior, o que faz com que o pico da eliminação viral nestes pacientes seja mais tardio, quando o paciente geralmente já se encontra hospitalizado. O maior risco de contágio encontrado nos casos de pacientes com doença grave do trato respiratório inferior também se justifica pela maior chance de exposição a secreções e geração de aerossóis durante procedimentos invasivos de intubação e assistência ventilatória nos cuidados hospitalares a estes pacientes.

Importante enfatizar que ainda não se conhece com exatidão o tempo de eliminação do vírus no trato respiratório superior e inferior dos pacientes acometidos, mas estima-se que possa ser de semanas, de acordo com o previamente observado nos casos de infecção por MERS-CoV ou por SARS-CoV. No caso do SARS-CoV a transmissibilidade dos pacientes infectados é em média de 7 dias após o início dos sintomas^{6,7}.

Até o dia 12 de fevereiro de 2020, foram contabilizados 45.213 casos e 1.118 mortes em todo o planeta, o que resultaria em uma taxa de letalidade de aproximadamente 2,2%¹⁶. Entretanto, é nossa opinião que, em função de existir uma tendência de subnotificação dos casos leves além da presença de infecções assintomáticas, haja um provável viés de superestimação destas taxas. Todas mortes, exceto duas (uma nas Filipinas e a outra em Hong Kong), ocorreram na China, sendo que 80% delas ocorreram em indivíduos com mais de 60 anos e 75% em pacientes com relatos de co-morbidades. Dos 45.213 casos reportados até o dia 12 de fevereiro, 44.690 (99% do total de casos) ocorreram no território continental da China e os outros 523 (< de 1%) distribuídos em 28 países¹⁶ (figura 2). Não há até o momento da edição deste texto nenhum caso confirmado no Brasil ou em qualquer outro país da América do Sul e Central, tampouco no continente Africano. Deve-se lembrar que as características climáticas no hemisfério sul neste momento do ano (elevadas temperaturas e umidade) não constituem condições que facilitam a transmissão e o "fitness" dos vírus respiratórios de uma maneira geral, antecipando comportamento semelhante para este novo coronavírus COVID-19.

Figura 2. Mapa global com os casos confirmados do novo coronavírus (COVID-19) atualizado em 8 de fevereiro e 2020⁹



Para se ter uma ideia comparativa do impacto deste novo coronavírus COVID-19 até o momento com o impacto que temos, por exemplo, todos os anos pelas infecções causadas pelo vírus influenza sazonal, o CDC estima que a atual estação de gripe 2019/2020 nos EUA já causou, até o dia 1 de fevereiro de 2020, entre 210.000 e 370.000 hospitalizações e 12.000 a 30.000 mortes atribuídas ao influenza¹⁷. Em uma publicação de setembro de 2019, cientistas chineses estimaram que aproximadamente 88.100 (95% CI 84.200 – 92.000) mortes associadas a doença respiratória causada pelo vírus influenza ocorrem anualmente na China, respondendo

por 8,2% (IC95% 7,9–8,6) de todas as mortes por doença respiratória naquele país, gerando taxas de mortalidade de aproximadamente 6,5/100.000 habitantes¹⁸. No Brasil, em 2018 o vírus influenza foi responsável por 6.754 hospitalizações devidas à síndrome respiratória aguda grave (SRAG), resultando em 1.381 mortes por influenza (letalidade de 20%), a maioria delas em adultos acima de 60 anos, com uma taxa de mortalidade de 0,66/100.000 habitantes¹⁹.

A seguir estão descritas as definições de caso publicadas pelo ministério da saúde do Brasil em seu boletim epidemiológico²⁰:

Tabela 1. Definição operacional de caso suspeito para o novo coronavírus 2019 (COVID-19), de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil²⁰:

Pacientes que preenchem os seguintes critérios devem ser definidos como casos suspeitos para COVID-19		
Características clínicas		Risco epidemiológico
Febre OU pelo menos um sinal/sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento de asa de nariz, entre outros)	E	histórico de contato próximo com caso confirmado do novo coronavírus (COVID-19) em laboratório, nos últimos 14 dias antes do início dos sinais ou sintomas
Febre E pelo menos um sinal/sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento de asa de nariz, entre outros)	E	histórico de contato próximo de caso suspeito para o novo coronavírus (COVID-19), nos últimos 14 dias antes do início dos sintomas
Febre E pelo menos um sinal/sintoma respiratório (tosse, dificuldade para respirar, batimento de asa de nariz, entre outros)	E	histórico de viagem para área com transmissão local, de acordo com a OMS, nos últimos 14 dias antes do início dos sinais ou sintomas

Febre pode não estar presente em alguns casos como, por exemplo, em pacientes jovens, idosos, imunossuprimidos ou que em algumas situações possam ter utilizado medicamento antitérmico. Nestas situações, a avaliação clínica deve ser levada em consideração e a decisão deve ser registrada na ficha de notificação.

Definição de caso provável de Infecção Humana:

Caso suspeito com o teste inconclusivo para COVID-19 **OU** com teste positivo em ensaio de pan-coronavírus.

Definição de caso confirmado de Infecção Humana:

Indivíduo com confirmação laboratorial para COVID-19, independente de sinais e sintomas.

Definição de caso descartado de Infecção

Humana:

Caso suspeito com resultado laboratorial negativo para COVID-19 ou confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

Caso Excluído de Infecção Humana:

Caso notificado que não se enquadrar na definição de caso suspeito. Nessa situação, o registro será excluído da base de dados nacional.

Manifestações clínicas

Ainda não temos um conhecimento suficiente do comportamento dos pacientes infectados com o novo coronavírus COVID-19 que nos permita descrever toda a gama de manifestações clínicas associadas a ele. Neste período de pouco mais de um mês de circulação, já houve descrição desde infecções assintomáticas, quadros leves de infecção de vias aéreas superiores até casos graves, fatais, com insuficiência respiratória e pneumonia. A maior parte dos relatos da apresentação clínica de pacientes com infecção confirmada pelo COVID-19 está limitada a casos de indivíduos hospitalizados com pneumonia. Os sinais e sintomas frequentemente relatados incluem febre (83% a 98%), tosse (76% a 82%) e mialgia ou fadiga (11% a 44%) no início da doença. Dor de garganta também foi relatada em alguns pacientes no início do curso clínico. Sintomas menos comumente relatados incluem manifestações gastrointestinais, cefaléia e hemoptise^{6,9,14,15}.

Chama a atenção nas descrições de casos iniciais a quase ausência de casos sintomáticos em lactentes, crianças e adolescentes, grupos em que habitualmente se concentra grande parte dos casos de infecções respiratórias virais²¹. A idade média dos pacientes acometidos é de 49 a 56 anos. Indivíduos idosos e aqueles com co-morbidades como diabetes, doenças pulmonares crônicas, doenças cardiovasculares, câncer e pacientes imunocomprometidos mostraram-se

particularmente propensos a quadros mais graves e admissão em unidades de terapia intensiva. Parece haver uma tendência de maior relato de casos em indivíduos do sexo masculino^{6,9,14,15}.

Em relação ao curso da doença entre os infectados, vários relatos sugerem que durante a segunda semana da doença existe um potencial risco de deterioração clínica. Nestes relatos, nos casos que evoluíram com pneumonia, a dispneia surgiu em média 8 dias após o início dos sintomas (variando de 5 a 13 dias)^{6,9,14,15}.

Entre os pacientes que foram hospitalizados, em 17% a 29% deles houve evolução para síndrome respiratória grave e em 10% diagnóstico de infecção secundária, com aproximadamente um terço dos pacientes necessitando de admissão em unidades de terapia intensiva, 4% a 10% ventilação mecânica e uma menor proporção (3%) dos casos requerendo oxigenação extracorpórea (ECMO). Outras complicações relatadas incluíram infarto agudo do miocárdio e insuficiência renal aguda. Restringindo a análise da letalidade apenas aos pacientes hospitalizados com pneumonia, os dados preliminares apontam taxas de letalidade de aproximadamente 10% a 15%⁹.

Diagnóstico

Destaca-se que o quadro clínico é inespecífico, similar ao encontrado em infecções causadas por outros vírus respiratórios, como influenza, vírus sincicial respiratório, adenovírus, metapneumovírus, parainfluenza, outros coronavírus, etc, não havendo até o momento identificação de achados clínicos que sejam exclusivos desta infecção.

De acordo com o último boletim divulgado pelo Ministério da Saúde²⁰, no caso de pacientes que atendam à definição de caso suspeito (vide tabela 1) de infecção pelo COVID-19, deve-se proceder à coleta de amostras do trato respiratório. A confirmação diagnóstica é feita por técnicas de reação de cadeia de polimerase em tempo real (RT-PCR) e sequenciamento genômico.

O profissional de saúde responsável pela coleta de amostras respiratórias deverá utilizar os seguintes equipamentos de proteção individual (EPI):

- Gorro descartável
- Óculos de proteção ou protetor facial
- Máscara do tipo N95, FFP2 ou equivalente
- Avental de mangas compridas
- Luva de procedimento

A coleta de amostras deverá ser realizada de uma das seguintes formas:

- Swab combinado (nasal/oral) OU
- Aspirado de nasofaringe (ANF) OU
- Amostra de secreção respiratória inferior (escarro ou lavado traqueal ou lavado bronco-alveolar).

O procedimento de coleta de amostras respiratórias dos casos suspeitos de COVID-19 deve seguir o protocolo de coleta da Influenza. Contudo, considerando se tratar de um novo vírus ou novo subtipo viral em processo pandêmico, a amostra deverá ser coletada até o 7º dia dos sintomas, preferencialmente até o 3º dia.

Em serviços de saúde PÚBLICOS, é necessária a coleta de 1 (uma) amostra respiratória, conforme detalhado no tópico Técnica para a coleta e acondicionamento. Esta amostra deverá ser encaminhada com urgência para o LACEN. Em serviços de saúde PRIVADOS, que tenham condições de realizar o diagnóstico laboratorial para vírus respiratórios, exceto COVID-19, é necessário realizar a coleta de 2 (duas) amostras respiratórias ou realizar a coleta de 1 amostra que será aliquotada em 2 partes.

Achados laboratoriais e radiológicos

As alterações laboratoriais reportadas com mais frequência entre os pacientes hospitalizados com pneumonia, no momento da admissão foram: linfopenia em 63% e elevação dos níveis de transaminases em 37%^{9,11,15,21}. Os níveis de

procalcitonina se mostraram normais na maioria dos pacientes no momento da admissão hospitalar.

Nos estágios iniciais dos casos de pneumonia, as imagens das radiografias de tórax mostram múltiplas pequenas opacidades irregulares e infiltrados intersticiais. Nos casos graves observa-se o aparecimento de opacidade bilateral com aspecto de vidro moído, e consolidação pulmonar, com eventual formação de efusão pleural em alguns casos. Achados de tomografias de tórax mostraram envolvimento pulmonar bilateral na maioria dos casos, com múltiplas áreas de consolidação e opacidades em aspecto de vidro moído^{9,12-15}.

Tratamento

Ainda não existem medicamentos específicos para o tratamento da infecção pelo COVID-19. Entretanto, medidas de suporte devem ser sempre implementadas²⁰.

O uso de corticosteroides deve ser evitado, salvo nos casos em que sua indicação se dá por outras situações clínicas, pelo risco de prolongar o tempo de eliminação do vírus conforme previamente observado em pacientes com infecções por MERS-CoV.

Os pacientes com quadros leves devem ser orientados a permanecer em isolamento domiciliar, acompanhados e monitorados de forma rigorosa, pelo risco de piora e deterioração clínica principalmente na segunda semana da doença. Estes pacientes deverão receber orientações de controle de infecção, prevenção de transmissão para contatos e sinais de alerta para possíveis complicações e um acesso por meio de comunicação rápida deve ser providenciado para eventuais dúvidas ou comunicados.

Possíveis fatores de risco já identificados para quadros graves foram a presença de idade avançada e co-morbidades (diabetes, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, câncer, doença hepática, renal, situações de imunocomprometimento e gravidez).

Para os pacientes imunocomprometidos o guia do Ministério da Saúde recomenda hospitalização e avaliação diagnóstica com provas moleculares (PCR) antes da alta hospitalar ou transferência, devido a possibilidade de transmissão prolongada. Pacientes que necessitem de internação prolongada por outras comorbidades, devem ter também testes moleculares (PCR) repetidos para eventual liberação de isolamento, independente de ausência de febre e sintomas.

Dentro do manejo clínico dos casos de síndrome respiratória pelo novo coronavírus COVID-19, o Ministério da Saúde destaca as seguintes recomendações²⁰:

1. Terapia e monitoramento precoces de suporte (oxigenioterapia, fluidoterapia conservadora na ausência de choque, antimicrobianos quando pertinente, evitar corticosteroides sem indicação, monitorar rigorosamente para os sinais de complicações)
2. Tratamento da insuficiência respiratória hipoxêmica e síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). (ventilação não invasiva nos casos leves e ventilação mecânica em casos com insuficiência respiratória hipoxêmica persistente, apesar da oxigenioterapia).
3. Gerenciamento do choque séptico (reconhecimento precoce e ressuscitação com cristaloídes isotônicos e vasopressores quando o choque persistir durante ou após a ressuscitação hídrica).
4. Prevenção de complicações (reduzir dias de Ventilação Mecânica Invasiva; reduzir incidência de pneumonia associada à ventilação; reduzir incidência de infecção sanguínea por cateter; minimizar ocorrência de úlceras de decúbito; reduzir incidência de úlceras por estresse e sangramento gastrointestinal; reduzir incidência de doenças relacionadas à permanência em UTI).

O uso de antirretrovirais (lopinavir/ritonavir), previamente testados em pacientes com SARS-CoV e MERS-CoV, assim como o uso do Interferon- α 2b inalatório, estão em investigação²². O remdesivir também foi usado em um paciente nos Estados Unidos²³. Importante en-

fatizar que não temos ainda nenhum resultado concreto de segurança e/ou de eficácia destas iniciativas terapêuticas que estão sendo implementadas, a maioria delas em protocolos em investigação.

Medidas de prevenção e controle de infecção

Precauções padrão

O Ministério da Saúde recomenda ações preventivas diárias para ajudar a prevenir a propagação dos vírus respiratórios em geral, incluindo:

- Lavar as mãos frequentemente com água e sabonete por pelo menos 20 segundos, respeitando os 5 momentos de higienização. Se não houver água e sabonete, usar um desinfetante para as mãos à base de álcool;
- Evitar tocar nos olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas;
- Evitar contato próximo com pessoas doentes;
- Ficar em casa quando estiver doente;
- Cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar com um lenço de papel e jogar no lixo;
- Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocados com frequência.

Cuidados com o paciente e medidas de controle na chegada, triagem e espera

- Utilizar precauções padrão para todos os pacientes;
- Implementar procedimentos de triagem para detectar pacientes sob investigação para o novo coronavírus durante ou antes da triagem ou registro do paciente: garantir que todos os pacientes sejam questionados sobre a presença de sintomas de uma infecção respiratória e histórico de viagens para áreas com transmissão do novo coronavírus (COVID-19) ou contato com possíveis pacientes com o novo coronavírus (COVID-19);
- A triagem deve ser realizada em espaço bem ventilado que permita que os pacientes, em

espera sob investigação para o novo coronavírus, sejam separados dos demais pacientes e tenham fácil acesso a suprimentos de higiene respiratória e higiene das mãos;

- Os pacientes suspeitos e seus acompanhantes devem usar máscara cirúrgica, lenços de papel em episódios de tosse e espirros, secreção nasal e realizar higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica desde a sua identificação no serviço de saúde até sua chegada ao local de isolamento;
- Todos os trabalhadores dos serviços de saúde que atuam na triagem devem fazer uso da máscara cirúrgica e realizar a higienização das mãos antes e após a colocação da máscara. Caso o serviço tenha disponível, recomenda-se o uso da máscara N95, FFP2, ou equivalente, pelos profissionais de saúde que atuam na avaliação inicial e classificação de risco.

Abordagem do paciente e medidas de controle no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência

- Casos suspeitos, confirmados ou acompanhantes devem usar máscara cirúrgica, lenços de papel em episódios de tosse e espirros, higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica;
- Todos profissionais de saúde e de apoio devem utilizar gorro, óculos de proteção ou protetor facial, avental impermeável, luvas de procedimento, máscaras N95, FFP2, ou equivalente.
- Melhorar a ventilação do veículo para aumentar a troca de ar durante o transporte;
- Durante o transporte, deve-se evitar manipulações desnecessárias para minimizar a possibilidade de contaminação da equipe e do material;
- Sempre notificar previamente o serviço de saúde de referência para onde o caso suspeito ou confirmado será encaminhado e realizar a transferência do paciente, garantindo os cuidados de proteção às equipes receptoras. A lista de serviços de saúde de referência pode

ser encontrada no site do Ministério da Saúde: <http://bit.ly/hospitaisncov>

- Evitar o transporte interinstitucional de casos suspeitos ou confirmados. Se a transferência do paciente for realmente necessária, este deve utilizar máscara cirúrgica, obrigatoriamente.

Abordagem do paciente e medidas de controle no atendimento ambulatorial e intra-hospitalar

- Os pacientes com sintomas de infecções respiratórias devem utilizar máscara cirúrgica desde a chegada ao serviço de saúde, na chegada ao local de isolamento e durante a circulação dentro do serviço (transporte dos pacientes de uma área/setor para outro);
- Identificar e isolar precocemente pacientes suspeitos. Imediatamente antes da entrada no quarto ou área de isolamento, devem ser disponibilizadas condições para a higienização das mãos: dispensador de preparação alcoólica; lavatório/pia com dispensador de sabonete líquido; suporte para papel toalha abastecido; lixeira com tampa e abertura sem contato manual;
- Limitar a movimentação do paciente suspeito ou confirmado para fora da área de isolamento. Se necessário o deslocamento, manter máscara cirúrgica no paciente durante todo o transporte;
- Não é recomendada a entrada de visitantes no isolamento. Qualquer pessoa, estritamente necessária, que não seja trabalhadora do serviço de saúde, que entrar no quarto ou área de isolamento deve realizar higiene das mãos e fazer uso de máscara cirúrgica;
- Todos os trabalhadores de saúde (profissionais da assistência e de apoio) que entrarem no quarto de isolamento deverão realizar higiene frequente das mãos com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica, antes e depois de adentrarem o ambiente; fazer uso de gorro, óculos de proteção ou protetor facial; máscara N95, FFP2 ou equivalente; avental impermeável de mangas compridas e luvas de procedimento.

Abordagem

- Sempre que possível, os pacientes suspeitos ou confirmados devem ser colocados em quartos privativos com ventilação adequada. Na impossibilidade devem estar em área isolada junto com outros casos suspeitos ou confirmados de infecção humana pelo COVID-19. No caso de separar em uma mesma enfermaria ou em outra área, grupos de pacientes, é fundamental que seja mantida uma distância mínima de 1 metro entre os leitos dos pacientes. O quarto ou área previamente estabelecida para isolamento deve ter a entrada sinalizada com um alerta referindo para doença respiratória, a fim de limitar a entrada de pacientes, visitantes e profissionais que estejam trabalhando em outros locais do hospital;
- O acesso deve ser restrito aos trabalhadores da saúde (profissionais da assistência e de apoio) envolvidos no atendimento e serviços de apoio e deve-se ter uma relação de todos os trabalhadores e outras pessoas que entrarem no isolamento.

REFERÊNCIAS:

01. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017
02. Perlman S. Another decade, another coronavirus. *N Engl J Med*, 2020. DOI: 10.1056/NEJMe2001126.
03. Tan WJ, Zhao X, Ma XJ, et al. A novel coronavirus genome identified in a cluster of pneumonia cases — Wuhan, China 2019–2020. *China CDC Weekly* 2020; 2:61-62.
04. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, et al. Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. *N Engl J Med* 2020 Jan 30 doi: 10.1056/NEJMc2001468
05. Kupferschmidt K, Cohen J. Will novel virus go pandemic or be contained? *Science* 2020. 367(6478) 610-611.
06. Richman DD, Whitley RJ, Hayden FG. *Clinical Virology*. John Wiley & Sons, 2016.
07. Su S, Wong G, Shi W, et al. Epidemiology, genetic recombination, and pathogenesis of coronaviruses. *Trends Microbiol* 2016;24: 490-502.
08. Cui J, Li F, Shi ZL. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nat Rev Microbiol* 2019;17:181-92.
09. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Coronavirus. Disponível em <https://www.cdc.gov/coronavirus/index.html>. (Acesso em 7/Fev/2020)
10. Cao Z, Zhang O, Lu X et al. Estimating the effective reproduction number of the 2019-nCoV in China. *MedRxiv* 2020 ; <http://dx.doi.org/10.1101/2020.01.27.20018952>
11. National Recommendations for Diagnosis and Treatment of pneumonia caused by 2019-nCoV (the 4th edition). National Health Commission and National Administrative Office of Chinese Tradition Medicine. <https://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/20200>. Acesso 29 Jan 2020
12. Chan JF, Yuan S, Kok KH, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\):30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20):30154-9).
13. Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med*, 2020. doi:10.1056/NEJMoa2001316
14. Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*, 2020. doi:10.1016/S0140-6736(20)30211-7
15. Huang C, et al. Clinical feature of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5
16. Worldometer. Coronavirus. Disponível em <https://www.worldometers.info/coronavirus/#ref-22>. Acesso em 9/Fev/2020
17. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).. 2019-2020 U.S. Flu Season: Preliminary Burden Estimates. Disponível em: <https://www.cdc.gov/flu/about/burden/preliminary-in-season-estimates.htm>. Acesso em 9/Fev/2020.
18. Li Li, Yunning Liu, Peng Wu et al. Influenza-associated excess respiratory mortality in China, 2010–15: a population-based study *Lancet Public Health* 2019; 4: e473–81
19. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico. Influenza. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/06/BE-21-influenza-04set19.pdf>
20. Brasil. Ministério da saúde. Boletim epidemiológico 2. Infecção humana pelo novo coronavírus 2019-nCoV. 2/Fev/2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/04/Boletim-epidemiologico-SVS-04fev20.pdf>
21. Chen ZM, Fu JF, Shu Q, et al. Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. *World Journal of Pediatrics* 2020. <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00345-5>
22. Arabi YM, Alothman A, Balkhy HH, et al. Treatment of Middle East respiratory syndrome with a combination of lopinavir–ritonavir and interferon-β1b (MIRACLE trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2018;19:81.
23. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, et al; Washington State 2019-nCoV Case Investigation Team. First case of 2019 novel coronavirus in the United States. *N Engl J Med*. 2020. doi:10.1056/NEJMoa2001191



Diretoria

Triênio 2019/2021

PRESIDENTE:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Marta Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2º DIRETORIA FINANCEIRA:
Cláudio Hoineff (RJ)

3º DIRETORIA FINANCEIRA:
Hans Walter Ferreira Greve (BA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE:
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

SUDESTE:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
Isabel Rey Madeira (RJ)

SUL:
Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)
Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)

CENTRO-OESTE:
Regina Maria Santos Marques (GO)
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:
Gilberto Pascolat (PR)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Marta Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Valmir Ramos da Silva (ES)

SUPLENTE:
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Tânia Denise Resener (RS)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Marisa Lopes Miranda (SP)
Joaquim João Caetano Menezes (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:
Núbia Mendonça (SE)
Nelson Grisard (SC)
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

SUPLENTE:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
João de Melo Régis Filho (PE)
Darcí Vieira da Silva Bonetto (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:
Marta Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Marta Albertina Santiago Rego (MG)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Alexandre Lopes Miralha (AM)
Virginia Weffort (MG)
Thiemi Reverbel da Silveira (RS)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Marta Marluce dos Santos Vilela (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Mauro Batista de Moraes (SP)
Kerstin Taniguchi Abagge (PR)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

COORDENAÇÃO:
Hélio Villça Simões (RJ)

MEMBROS:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Flavia Nardes dos Santos (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valetre (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sílvia Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SÉRIADA

COORDENAÇÃO:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

MEMBROS:
Henrique Mochida Takase (SP)
João Carlos Batista Santana (RS)
Luciana Cordeiro Souza (PE)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Marilucia Rocha de Almeida Picanço (DF)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Ricardo do Rego Barros (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL

COORDENAÇÃO:
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

MEMBROS:
Gilberto Pascolat (PR)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Brito Filho (PB)
João Cândido de Souza Borges (CE)
Aneisia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Jocileide Sales Campos (CE)
Marta Nazareth Ramos Silva (RJ)
Gloria Tereza Lima Barreto Lopes (SE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

COORDENAÇÃO:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cláudia Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL
Marta Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA
Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)
Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA
Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virginia Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Normeide Pedreira dos Santos (BA)
Marcia de Freitas (SP)

PORTAL SBP
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)
Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA
Joel Alves Lamounier (MG)
Altacilio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Ribeiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:
Renato Prociányo (RS)

MEMBROS:
Crésio de Araújo Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

EDITORES CIENTÍFICOS:
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)
Marta de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Marcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)

CONSULTORIA EDITORIAL:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Fábio Ancona Lopez (SP)

Dirceu Solé (SP)
Joel Alves Lamounier (MG)

EDITORES ASSOCIADOS:
Danilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejkar Waksman (SP)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (SP)
Tullio Konstantyner (SP)
Cláudia Bezerra de Almeida (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:
Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS:
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Angélica Maria Bicudo-Zerferino (SP)
Sílvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RJ)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantéa (RS)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Hélio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES
Adelma Figueiredo (RR)
André Luis Santos Carmo (PR)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Fernanda Wagner Freddo dos Santos (PR)

GRUPOS DE TRABALHO

DROGAS E VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA

COORDENAÇÃO:
João Paulo Becker Lotufo (SP)

MEMBROS:
Evelyn Eisenstein (RJ)
Alberto Araújo (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
Nivaldo Sereno de Noronha Junior (RN)
Suzana Maria Ramos Costa (PE)
Iolanda Novadski (PR)
Beatriz Bagatin Bermudez (PR)
Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)
Carlos Eduardo Reis da Silva (MG)
Paulo César Pinho Ribeiro (MG)
Milane Cristina De Araújo Miranda (MA)
Ana Maria Guimarães Alves (GO)
Camila dos Santos Salomão (AP)

DOENÇAS RARAS

COORDENAÇÃO:
Salmo Raskin (PR)

MEMBROS:
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)
Ana Maria Martins (SP)
Claudio Cordovil (RJ)
Lavinia Schuler Faccini (RS)

ATIVIDADE FÍSICA

COORDENAÇÃO:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

MEMBROS:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Isabel Guimarães (BA)
Jorge Mota (Portugal)
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)
Dirceu Solé (SP)

METODOLOGIA CIENTÍFICA

COORDENAÇÃO:
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

MEMBROS:
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Cláudio Leone (SP)

PEDIATRIA E HUMANIDADE

COORDENAÇÃO:
Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
João de Melo Régis Filho (PE)
Dilza Teresinha Ambros Ribeiro (AC)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Crésio de Araújo Dantas Alves (BA)

CRIANÇA, ADOLESCENTE E NATUREZA

COORDENAÇÃO:
Lais Fleury (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Daniel Becker (RJ)
Ricardo do Rego Barros (RJ)

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA:

COORDENAÇÃO:
Fábio Ejenbaum (SP)

MEMBROS:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Galton Carvalho Vasconcelos (MG)
Julia Dutra Rossetto (RJ)
Luísa Moreira Hopker (PR)
Rosa Maria Graziano (SP)
Celia Regina Nakanami (SP)

SAÚDE MENTAL

COORDENAÇÃO:
Roberto Santoro P. de Carvalho Almeida (RJ)

MEMBROS:
Daniele Wanderley (BA)
Vera Lucia Afonso Ferrari (SP)
Rossano Cabral Lima (RJ)
Gabriela Judith Grenzel (RJ)
Cacy Dunshee de Abbranches (RJ)
Adriana Rocha Brito (RJ)

MUSEU DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:
Mario Santoro Junior (SP)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

REDE DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Rubem Couto (MT)

MEMBROS:
Sociedade Acreana de Pediatria:
Teresa Cristina Maia dos Santos
Sociedade Alagoana de Pediatria:
João Lourival de Souza Junior
Sociedade Amapaense de Pediatria:
Rosenilda Rosete de Barros
Sociedade Amazonense de Pediatria:
Elena Marta Amaral dos Santos
Sociedade Baiana de Pediatria:
Dolores Fernandez Fernandez
Sociedade Cearense de Pediatria:
Anamaria Cavalcante e Silva
Sociedade de Pediatria do Distrito Federal:
Dennis Alexander Rabelo Burns
Sociedade Espiritossantense de Pediatria:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto
Sociedade Goiana de Pediatria:
Marise Helena Cardoso Tófoli
Sociedade de Puericultura e Pediatria do Maranhão:
Maryneia Silva do Vale
Sociedade Matogrossense de Pediatria:
Mohamed Kassen Omais
Sociedade de Pediatria do Mato Grosso do Sul:
Carmen Lucia de Almeida Santos
Sociedade Mineira de Pediatria:
Marisa Lages Ribeiro
Sociedade Paranaense de Pediatria:
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza
Sociedade Paraíba de Pediatria:
Leonardo Cabral Cavalcante
Sociedade Paranaense de Pediatria:
Kerstin Taniguchi Abagge
Sociedade de Pediatria de Pernambuco:
Katia Galeão Brandt
Sociedade de Pediatria do Piauí:
Alberto de Almeida Burlamaqui do Rego Monteiro
Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro:
Katia Telles Nogueira
Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Norte:
Katia Correia Lima
Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul:
Cristina Helena Targa Ferreira
Sociedade de Pediatria de Rondônia:
José Roberto Vasques de Miranda
Sociedade Roraimense de Pediatria:
Adelma Alves de Figueiredo
Sociedade Catarinense de Pediatria:
Rosamaria Medeiros e Silva
Sociedade de Pediatria de São Paulo:
Sulim Abramovich
Sociedade Sergipana de Pediatria:
Glória Tereza Lima Barreto Lopes
Sociedade Tocantinense de Pediatria:
Elaine Carneiro Lobo

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

COORDENAÇÃO:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)
Cláudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Sérgio Antônio Bastos Sarrubbo (SP)
Marta Tereza Fonseca da Costa (RJ)

ACADÊMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

PRESIDENTE:
Mario Santoro Júnior (SP)

VICE-PRESIDENTE:
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Jefferson Pedro Piva (RS)